

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum**

Penelitian ini diambil pada saat *FGD (focus group discussion)* yang dilakukan oleh MPKU dan arsaMU dengan tema “Dinamika dan Sikap Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019” pada tanggal 8 Oktober 2019 di hotel Grand Zuri yang dihadiri oleh rumah sakit PKU Muhammadiyah dan Aisyiyah seluruh Indonesia.

Melalui Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 tahun 2019 tentang “Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit” yang diberbitkan pada tanggal 27 September 2019 berisi tentang Peraturan Menteri Kesehatan dalam upaya penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit yang profesional dan bertanggung jawab, rumah sakit dengan karakteristik dan organisasi yang kompleks membutuhkan kepastian dan perlindungan hukum dalam rangka mengarahkan dan meningkatkan pengelolaannya serta untuk melaksanakan ketentuan Pasal 24 ayat (4) dan Pasal 28 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Permenkes, 2019).

Pembina Kesejahteraan Umat (PKU) Muhammadiyah merupakan salah satu majelis dalam Persyarikatan Muhammadiyah yang bergerak dalam bidang kesehatan dan sosial, PKU Muhammadiyah pada awalnya

didirikan berupa klinik pada tanggal 15 Februari 1923 di kampung Jagang Notoprajan Yogyakarta. PKU awalnya dinamakan dengan nama PKO atau Penolong Kesengsaraan Oemoem yang bermaksud untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa. PKU didirikan oleh inisiatif H.M. Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan. Seiring dengan perkembangannya pada tahun 1962 nama PKO berubah menjadi PKU atau Pembina Kesejahteraan Umat (PKU, 2014).

Rumah sakit PKU Muhammadiyah dan Aisyiyah dilansir melalui data MPKU tersebar di beberapa wilayah di Indonesia dengan total 135 rumah sakit, 29 diantaranya sedang dalam proses pembangunan. Sebaran rumah sakit PKU Muhammadiyah yaitu Sumatera Utara 1, Sumatra Barat 2, Sumatra Selatan 1, Lampung 1, Banten 1, Jakarta 6, Jawa barat 5, Jawa Tengah 57, Jawa Timur 37, Jogjakarta 9, Nusa Tenggara Barat 1, Kalimantan Tengah 2, Kalimantan Timur 2, Kalimantan Selatan 1, Sulawesi Selatan 4, Sulawesi tengah 1, Gorontalo 1, serta Maluku Utara 1 (MPKU, 2019).

## **B. Hasil Penelitian**

### **1. Tahap Pengambilan data**

Dalam Penelitian ini peneliti menghadiri *FGD (focus group discussion)* yang dilakukan oleh MPKU dan arsaMU dengan tema “Dinamika dan Sikap Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah

terhadap Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2019” pada tanggal 8 Oktober 2019 di hotel Grand Zuri yang dihadiri oleh rumah sakit PKU Muhammadiyah dan Aisyiyah seluruh Indonesia. Peneliti merekam *FGD* yang dilakukan sebagai data.

## 2. Tahap Pengolahan data

Peneliti melakukan pengkodingan dan menghasilkan tema:

### a. Sistem Rujukan

**Tabel 4. 1 Hasil *Focus Group Discussion* Sistem Rujukan**

| Kategori  | Tema   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fleksibilitas dipertahankan pada rujukan berjenjang</li> <li>➤ Rujukan berjenjang bertujuan untuk memudahkan akses pelayanan kesehatan</li> <li>➤ PMK 30 solusi untuk rujukan berjenjang</li> <li>➤ Sistem rujukan akan menggunakan sistrute</li> <li>➤ Sistem rujukan akan memudahkan pasien mencari rumah sakit sesuai kebutuhannya</li> <li>➤ PMK 001 akan direvisi untuk mengatur sistem rujukan</li> <li>➤ Target utama Kementerian Kesehatan adalah sistem rujukan</li> <li>➤ Sistem rujukan perlu dipercepat agar membantu rumah sakit A dan B mendapat pasien</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sistem rujukan berjenjang untuk memudahkan pasien dalam akses pelayanan</li> <li>➤ Kementerian Kesehatan akan menggunakan sistem rujukan terintegrasi</li> <li>➤ PMK 30 dinilai Kementerian Kesehatan sebagai solusi bagi sistem rujukan</li> <li>➤ Akan ada revisi terhadap PMK 001 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan</li> <li>➤ Pengaplikasian sistem rujukan akan dipercepat untuk membantu rumah sakit tipe A dan B dalam mendapatkan pasien</li> </ul> |

*Sumber data primer partisipan MPKU dan arsaMU*

## b. Sumber Daya Manusia

**Tabel 4. 2 Hasil *Focus Group Discussion*  
Sumber Daya Manusia**

| Kategori   | Tema  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dampak PMK 30 banyak tenaga kerja yang harus dipecat</li> <li>➤ Pemenuhan tenaga dokter spesialis dinilai merepotkan</li> <li>➤ Mayoritas amal usaha kesehatan Muhammadiyah banyak yang sudah kelebihan dokter</li> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah pusing menentukan nasib dokter yang ada</li> <li>➤ Rumah sakit kekurangan dokter anastesi</li> <li>➤ Kementerian kesehatan mendesak center-center pendidikan memproduksi dokter spesialis dan subspecialis</li> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah perlu saling membantu dalam pemenuhan SDM satu sama lain</li> <li>➤ Rumah sakit perlu usaha dalam pemenuhan SDM</li> <li>➤ Pembatasan pelayanan menjadi solusi untuk terbatasnya SDM</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah bingung menentukan sikap terkait pemberhentian dokter</li> <li>➤ Beberapa rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah kekurangan dokter spesialis dan subspecialis</li> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah perlu saling membantu dalam pemenuhan SDM satu sama lain</li> <li>➤ Kementerian kesehatan mendesak center-center pendidikan memproduksi dokter spesialis dan subspecialis</li> <li>➤ Pembatasan pelayanan menjadi solusi dari Kementerian Kesehatan untuk terbatasnya SDM</li> </ul> |

*Sumber data primer partisipan MPKU dan arsaMU*

## c. Hemodialisa

**Tabel 4. 3 Hasil *Focus Group Discussion* Hemodialisa**

| Kategori  | Tema   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Penempatan pelayanan hemodialisa dibatasi di rumah sakit</li> <li>➤ Regulasi penetapan pelayanan hemodialisa masih belum jelas</li> <li>➤ Pasien safety untuk pasien hemodialisa harus dijaga</li> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah sudah terlanjur investasi hemodialisa</li> <li>➤ Peraturan penempatan hemodialisa membuat amal usaha kesehatan Muhammadiyah gundah</li> <li>➤ Rumah sakit tipe D dan C tidak terdapat pelayanan hemodialisa</li> <li>➤ Tidak ada aturan tegas terkait hemodialisa di PMK 30</li> <li>➤ Mayoritas amal usaha kesehatan Muhammadiyah adalah kelas C dan D</li> <li>➤ MPKU PP Muhammadiyah dan arsaMU menyiapkan langkah regulasi tentang hemodialisa</li> <li>➤ Perlu adanya regulasi penetapan pelayanan hemodialisa</li> <li>➤ Menunggu adanya perevisian PMK 812</li> <li>➤ Bagaimana pemetaan pasien hemodialisa terkait pelayanan HD berdasarkan PMK 812</li> <li>➤ Perlu surat edaran yang mengatur hemodialisa mengacu pada undang-undang 812</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pasien safety menjadi dasar penempatan pelayanan dialisis dibatasi</li> <li>➤ Regulasi penetapan dialisis dinilai masih belum jelas</li> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah tipe D dan C tidak bisa melakukan pelayanan dialisis</li> <li>➤ Akan ada revisi terkait PMK 812 tentang penyelenggaraan pelayanan dialisis pada fasilitas pelayanan kesehatan</li> <li>➤ MPKU PP Muhammadiyah menyiapkan langkah regulasi terkait PMK 812</li> </ul> |

*Sumber data primer partisipan MPKU dan arsaMU*

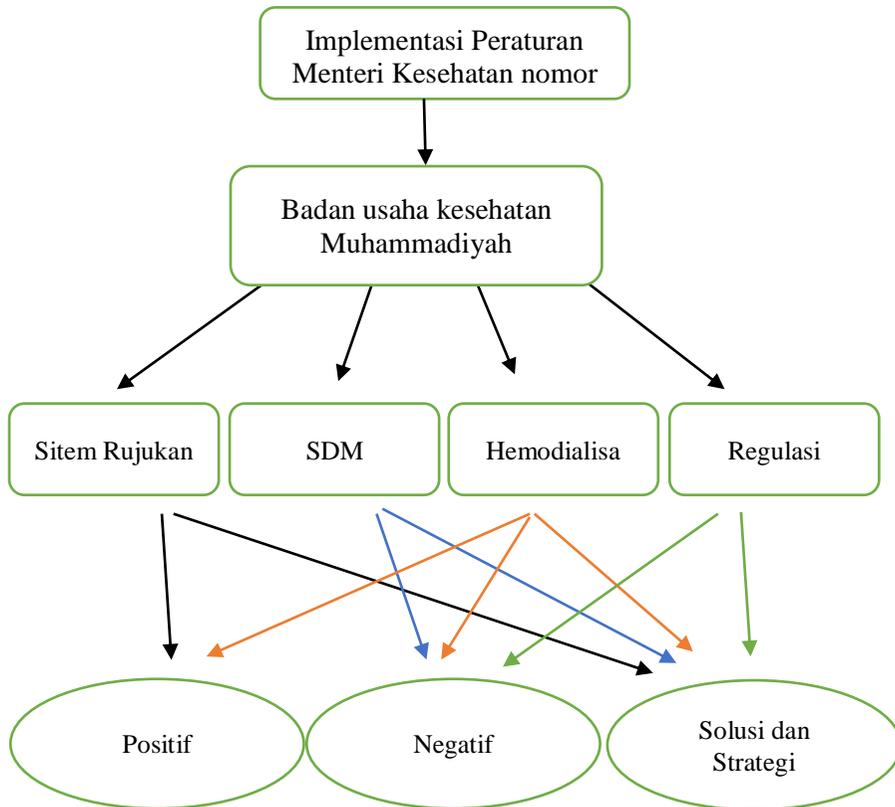
## d. Regulasi

**Tabel 4. 4 Hasil Focus Group Discussion Regulasi**

| Kategori  | Tema  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pelayanan spesialis banyak yang tidak boleh di tipe C dan tipe D</li> <li>➤ Pegawai tetap menjadi masalah bagi rumah sakit Muhammadiyah yang ingin naik kelas</li> <li>➤ PMK membuat bingung naik kelas atau tidak</li> <li>➤ Penetapan jumlah dokter memberikan dampak pada amal usaha kesehatan Muhammadiyah</li> <li>➤ Batas jumlah dokter menjadi masalah bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah</li> <li>➤ PMK 30 menempatkan rumah sakit dalam posisi yang sulit</li> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah sekarang tidak bisa menyicil kenaikan kelas</li> <li>➤ Penyesuaian PMK 30 negatif bagi amal usaha kesehatan Muhammadiyah</li> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah gundah dalam menentukan kelas</li> <li>➤ Perlu adanya kekhususan bagi rumah sakit nirlaba</li> <li>➤ Perlu petunjuk teknis agar PMK 30 mampu terlaksana</li> <li>➤ MPKU meminta adanya waktu sosialisasi terkait PMK 30</li> <li>➤ Perlu pertemuan lanjutan mengatur strategi mengenai PMK 30</li> <li>➤ Muhammadiyah akan melakukan aklamasi terkait PMK 30</li> <li>➤ Perlu kajian mendalam terkait rumah sakit Muhammadiyah</li> <li>➤ MPKU akan melakukan yudisial reviu terkait PMK 30</li> <li>➤ Perlu adanya pengkajian sebelum melakukan yudisial reviu</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PMK 30 menyulitkan langkah amal usaha kesehatan Muhammadiyah dalam penentuan kelas rumah sakit</li> <li>➤ PMK 30 dinilai merugikan amal usaha kesehatan Muhammadiyah</li> <li>➤ Amal usaha kesehatan Muhammadiyah sudah tidak bisa menyicil untuk kenaikan kelas</li> <li>➤ MPKU menilai perlu surat edaran mengenai teknis pelaksanaan PMK 30</li> <li>➤ MPKU menilai perlu adanya pertimbangan dan kekhususan bagi rumah sakit nirlaba</li> <li>➤ MPKU meminta adanya waktu sosialisasi terkait PMK 30</li> <li>➤ MPKU menilai perlu pertemuan lanjutan untuk membahas PMK 30</li> <li>➤ Yudisial reviu akan menjadi salah satu pertimbangan MPKU</li> </ul> |

*Sumber data primer partisipan MPKU dan arsaMU*

### 3. Kerangka Hasil Penelitian



**Gambar 4. 1 Kerangka hasil penelitian tentang implementasi Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 terhadap amal usaha kesehatan Muhammadiyah**

Kerangka hasil penelitian diatas dapat dijelaskan bahwa terdapat dampak positif pada sistem rujukan dan hemodialisa, dampak negatif pada sumber daya manusia, hemodialisa dan regulasi dalam pengimplementasin Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 terhadap amal usaha kesehatan Muhammadiyah.

## **C. Pembahasan**

### **1. Sistem Rujukan**

Kekhawatiran yang muncul pada sistem rujukan adalah pembatasan jumlah pelayanan di setiap tipe kelas rumah-sakitnya, dimana pelayanan di rumah sakit tipe D dan C sudah tidak bisa melayani pelayanan subspesialis dan harus melakukan rujukan ke rumah sakit tipe B dan A yang memiliki fasilitas dan pelayanan lebih lengkap. Kebanyakan dari rumah sakit amal usaha kesehatan Muhammadiyah saat ini masih berstatus rumah sakit tipe D dan C hal inilah yang menjadi dasar kekhawatiran pemberlakuan dari Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30, dimana banyak pasien yang awalnya bisa ditangani harus dirujuk ke rumah sakit di atasnya yaitu rumah sakit tipe B dan A.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 tahun 2019 berdampak positif secara umum dimana Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 dianggap Kementerian Kesehatan sebagai solusi rujukan berjenjang yang dirancang, selama ini banyak rujukan berhenti di rumah sakit D dan C dan menyebabkan rumah sakit yang berada di atasnya ingin turun kelas. Dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 tahun 2019 diharapkan rumah sakit kelas B dan A mendapatkan pasien juga. Namun demikian perlu adanya pengkajian lebih lanjut

mengenai status, latar belakang dan keistimewaan untuk rumah sakit nirlaba terutama rumah sakit amal usaha kesehatan Muhammadiyah.

Saat ini sistem rujukan akan menggunakan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE) SISRUTE merupakan aplikasi pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, vertikal dan horizontal. Sistem rujukan ini pertama kali dikembangkan oleh Rumah Sakit Umum Pemerintah (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo dan hanya digunakan di beberapa rumah sakit di Provinsi Sulawesi Selatan. Saat ini SISRUTE telah didukung penuh oleh Kementerian Kesehatan dan dilaksanakan di provinsi lain di Indonesia (Handayani, 2018).

SISRUTE memiliki beberapa tujuan dan manfaat, yaitu:

- a. Terintegrasinya sistem informasi rujukan pasien pada seluruh RS regional, RS kelas B dan RS Kelas Khusus.
- b. Terwujudnya percepatan pelayanan rujukan di RS.
- c. Terbitnya regulasi di Kementerian Kesehatan RI terkait rujukan di era digital.
- d. Peningkatan mutu layanan dengan sistem informasi rujukan terintegrasi.
- e. Peningkatan mutu layanan RS perujuk dengan informasi dan koordinasi untuk pelayanan lanjutan pasien yang berdampak pada kepuasan pasien

- f. Sistem informasi rujukan terintegrasi sebagai acuan untuk pelaksanaan rujukan di RS secara nasional. (Depkes, 2019)

## **2. Sumber Daya Manusia**

Amal usaha kesehatan Muhammadiyah bingung menentukan sikap terkait pemberhentian dokter hal ini karna banyak rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah bertipe D dan C serta kelebihan dokter. Sumber daya manusia diatur dalam lampiran Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 pada poin (I) Kriteria Klasifikasi Rumah Sakit Umum dimana ketentuan dokter dan / atau dokter layanan primer rumah sakit kelas A berjumlah 12, kelas B 10, kelas C 6 dan kelas D 4 (Permenkes 30, 2019).

Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (PPSDM) Kemkes, Usman Sumantri menjelaskan bahwa sebagian besar provinsi di Indonesia masih kekurangan dokter spesialis dan baru ada sekitar 11 provinsi yang mempunyai jumlah dokter sesuai standar (Manafe, 2019)

Saat ini penyebaran tenaga dokter spesialis dan subspecialis tidak merata dimana beberapa rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah kekurangan dokter spesialis dan subspecialis. Amal usaha kesehatan Muhammadiyah perlu saling membantu dalam pemenuhan SDM satu sama lain hal ini bisa dilakukan karna selama ini rumah sakit Muhammadiyah dan Aisyiyah saling berbagi dokter.

### 3. Hemodialisa

Peraturan Menteri kesehatan nomor 30 menetapkan untuk jenis pelayan dialisis tidak diperbolehkan berada di tipe C dan D (permenkes 2019). Sedangkan amal usaha kesehatan Muhammadiyah sudah terlanjur berinvestasi hemodialis dan mayoritas amal usaha kesehatan Muhammadiyah adalah kelas C dan D sehingga membuat amal usaha kesehatan Muhammadiyah gundah.

Regulasi penetapan hemodialisa tidak diterangkan secara tegas dalam Peraturan kesehatan nomor 30 hal ini karna pelayanan hemodialisa masih mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 812 tahun 2010 tentang “Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan” sehingga perlu adanya surat edaran yang mengatur bahwa dialisis mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 812.

Indonesia mungkin bisa mencontoh negara-negara lain dalam pelaksanaan dialisis di rumah, terapi dialisis rumahan dianggap sangat menguntungkan. Pada akhir tahun 2017 di Australia sebanyak 18% dari seluruh terapi dialisis dilakukan di rumah. Di Amerika, angka kumulatif peritoneum dan hemodialisis rumahan adalah 8,3%. Sementara itu yang membuat semuanya malu, pada akhir 2017 47% dari semua pasien di Selandia Baru melakukan dialisis di rumah

(Agar, 2019). Terapi dialisis di rumah telah dikaitkan dengan lebih banyak fleksibilitas dalam hal jadwal dan resep dialisis, peningkatan kualitas hidup, dan pengurangan biaya. Terapi di rumah juga telah dikaitkan dengan peningkatan pada pasien bertahan hidup di sebagian besar studi, tetapi apakah ini merupakan penyebab atau hanya refleksi dari populasi masih belum jelas (Vinson, 2019).

#### **4. Regulasi**

Selama ini rumah sakit Muhammadiyah di bangun atas dasar dzakat, infaq, shodaqoh, dan waqaf dalam pembangunannya, untuk menentukan naik kelas rumah sakit Muhammadiyah biasanya akan menyicil syarat-syarat yang diperlukan untuk naik kelas. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 30 tahun 2019 dalam lampirannya telah menetapkan kriteria klasifikasi rumah sakit umum yang mana didalamnya menetapkan secara rinci terkait batas minimum, maksimum dan boleh atau tidaknya pelayanan, sumber daya manusia, bangunan prasarana, serta peralatan (permenkes 2019). Syarat-syarat tersebut dinilai memberatkan amal usaha kesehatan Muhammadiyah dibidang perumahsakitannya.